

FACTURA DEL CUIDADO DE NIÑOS PARA EL (Mes/Año) _____
*****Proveer al padre para el 1er día. del mes que sigue*****

NOMBRE DEL CLIENTE: (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido):

Número de Caso:

Número de trabajador:

Número de trabajador:

FAVOR DE COMPLETAR- EL PROVEEDOR DE CUIDADO COMPLETA ESTA SECCIÓN (FAVOR USAR LETRA DE MOLDE)	
1. Complete la siguiente información	¿Tiene domicilio nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
PROVEEDOR/ NOMBRE DEL SITIO(Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	DOMICILIO DE LA FACTURA (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL/ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PARA FINES DE IMPUESTOS	NÚMERO TELEFÓNICO:
2. Yo: <input type="checkbox"/> Tengo Licencia <input type="checkbox"/> Estoy Exento de Licencia (Sin-licencia) Número de Licencia del Centro de Cuidado de Niños: _____	3. El cuidado del niño es proveído en: <input type="checkbox"/> Hogar de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Centro de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Mi hogar <input type="checkbox"/> Hogar del niño Otro: _____
4. Costo de Registración Anual: \$	

5. NOMBRE DEL NIÑO & HORARIO DE ESCUELA	6. NO. TOTAL MENSUAL DE HORAS, DÍAS, SEMANAS, MES		7. COBRO Y *CATEGORÍA DEL COBRO		8. TOTAL MENSUAL PEDIDO
Nombre del niño: _____ Horas de escuela: de _____ a _____ Edad del niño _____ <input type="checkbox"/> El niño no está en la escuela	_____ <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Medio Tiempo Semanal <input type="checkbox"/> Medio Tiempo Mensual <input type="checkbox"/> Tiempo Completo Semanal <input type="checkbox"/> Tiempo Completo Mensual	X	Cobro: \$ _____ (*Categoría del Cobro)	=	\$ _____
Nombre del niño: _____ Horas de escuela: de _____ a _____ Edad del niño _____ <input type="checkbox"/> El niño no está en la escuela	_____ <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Medio Tiempo Semanal <input type="checkbox"/> Medio Tiempo Mensual <input type="checkbox"/> Tiempo Completo Semanal <input type="checkbox"/> Tiempo Completo Mensual	X	Cobro: \$ _____ (*Categoría del Cobro)	=	\$ _____
Nombre del niño: _____ Horas de escuela: de _____ a _____ Edad del niño _____ <input type="checkbox"/> El niño no está en la escuela	_____ <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Medio Tiempo Semanal <input type="checkbox"/> Medio Tiempo Mensual <input type="checkbox"/> Tiempo Completo Semanal <input type="checkbox"/> Tiempo Completo Mensual	X	Cobro: \$ _____ (*Categoría del Cobro)	=	\$ _____
Nombre del niño: _____ Horas de escuela: de _____ a _____ Edad del niño _____ <input type="checkbox"/> El niño no está en la escuela	_____ <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Medio Tiempo Semanal <input type="checkbox"/> Medio Tiempo Mensual <input type="checkbox"/> Tiempo Completo Semanal <input type="checkbox"/> Tiempo Completo Mensual	X	Cobro: \$ _____ (*Categoría del Cobro)	=	\$ _____

***CATEGORÍAS DE COBRO:** Por hora, Diario, Medio Tiempo Semanal, Tiempo Completo Semanal, Medio Tiempo Mensual y Tiempo Completo Mensual. Vea las Instrucciones de Asistencia y Facturación de Cuidado de Niños para las definiciones.

Comentarios:

CERTIFICACIÓN

- Declaro que tengo al menos 18 años de edad y que las horas de cuidado y el total de gastos mencionados arriba son verdaderos y correctos.
- Entiendo que si estoy exento de tener licencia debo solicitar certificación por la Línea de Confianza y Salud y Seguridad a menos que yo sea un tío o abuelo de los niños que cuido o una escuela o centro de recreación.
- Entiendo que el Número de Seguro Social proporcionado arriba puede ser usado para verificar también si estoy recibiendo Asistencia Monetaria de CALWORKS, Estampillas para Comida, y/o Beneficios de Medi-Cal y que debo reportar este ingreso a mi trabajador de elegibilidad.
- Entiendo que debo cobrar por lo niños del participante mencionados arriba, lo mismo o menos de lo que le cobro a otros clientes por el mismo servicio.
- Entiendo que la información en este formulario puede ser compartida con otras agencias federales y estatales, incluyendo al Departamento de Rentas Internas (IRS), Programas de Pagos Alternativos (APP), Agencias de Recursos y Referencias, y el Departamento de Impuestos Estatales (FTB).
- Entiendo que el condado no actúa como mi empleador ni tiene una relación de negocios cuando recibo un pago por cuidado de niños.

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de Estados Unidos de América y el estado de California que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta y si es incorrecta puede resultar en acción legal con penalidades o multas, encarcelamiento, o ambas.

RECUERDE: COMPLETAR Y DAR ESTE FORMULARIO AL CLIENTE A MÁS TARDAR EL PRIMER DÍA DEL MES ENTRANTE PARA QUE EL CLIENTE LO REMITA.

FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NIÑOS	FECHA:
COUNTY USE:	
Date Child Care Authorized: _____ Total Billed: \$ _____ (-) Family Fee: \$ _____ Amount Paid: \$ _____ Paid through: _____	

INSTRUCCIONES PARA PROVEEDORES SOBRE LA FACTURACIÓN DE CUIDADO DE NIÑOS

Instrucciones para el Proveedor de Cuidado de Niños: El formulario para Asistencia y Facturación de Niños ha sido separado en dos formularios: Verificación de Asistencia (SCD 1755A) y Facturación de Cuidado de Niños (SCD 1755B). El formulario SCD 1755A es utilizado por los clientes de Servicios de Empleo de CalWORKs (CWES) para reportar la asistencia en todas sus actividades de CWES. El proveedor de cuidado de niños completa el formulario SCD 1755B para cobrar por el cuidado de niños de clientes participando en actividades de CWES. Se le requiere a él o ella que lo envíe junto con su formulario de Verificación de Asistencia.

- Sección 1. Si ha cambiado la dirección donde usted provee el cuidado de niños. Si su cuidado no tiene licencia, escriba su nombre, segundo nombre y apellido. En la casilla de la sección de direcciones, anote la dirección donde está registrado para recibir pagos por el cuidado de niños. Anote su número de identificación para impuestos. Para centros sin licencia anote su número de seguro social. Anote su número telefónico.
- Sección 2. Marque la casilla apropiada conforme el tipo de proveedor, si es un proveedor con licencia, anote su número de licencia de centro.
- Sección 3. Marque la casilla que indica dónde provee cuidado de niños. Si marca OTRO, por favor explique.
- Sección 4. Indique si el costo de registración anual está incluido en el mes de cobro.
- Sección 5. Escriba el nombre del niño y horas de escuela. Si las horas de escuela no aplican, marque la casilla "El niño no está en la escuela". Escriba la edad del niño.
- Sección 6. Escriba el número total del mes de horas, días, semanas o mes. Debajo de este total, marque la casilla apropiada que indique la categoría del cobro (por hora, diario, medio tiempo semanal, medio tiempo mensual, tiempo completo semanal, tiempo completo mensual).
- Sección 7. Escriba la cantidad que usted cobra y la categoría de cobro. Diríjase a la "Guía de Proveedores de Cuidado de Niños de CalWORKs" para las definiciones de las categorías de cobro.
- Sección 8. Multiplique el número de horas, días, semanas, o mes en la sección 6 por el cobro en la sección 7, y escriba el total en la sección 8.

Categoría del Cobro	Se usa cuando se certifica una necesidad de cuidado de niño . . .
Por hora	15 horas o menos a la semana Y 6 horas por día
Diario	3 días o menos por semana Y más de 5 horas por día
Medio Tiempo Semanal	16 a 30 horas por semana Y la necesidad ocurre al menos 3 días a la semana
Tiempo Completo Semanal	Más de 30 horas por semana.
Medio Tiempo Mensual	16 a 30 horas por semana Y la necesidad ocurre en cada semana del mes
Tiempo Completo Mensual	Más de 30 horas por semana Y la necesidad ocurre cada semana del mes.
NOTA: La tarifa del proveedor tiene que corresponder a la necesidad certificada de la familia	

Certificación Lea la certificación, firme, feche y devuelva el formulario a los **PADRES EL 1er. DÍA LABORAL DEL MES DESPUÉS DEL MES DEL REPORTE.**

Recordatorio: Regresa la Facturación de Cuidado de Niños (SCD 1755B) completada al cliente. El cliente es responsable de entregar los dos formularios a su Consejero de Empleo.

Importante: Favor de notificar al Consejero de Empleo del cliente si el niño(a) deja de asistir al cuidado de niños por 3 días seguidos.